

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO PARA EQUIPES DE SAÚDE

JOELMA MELICE GONÇALVES

A EQUIPE DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA:

PERCEPÇÕES E SIGNIFICAÇÕES.

ARARAQUARA – SP

2014

JOELMA MELICE GONÇALVES

A EQUIPE DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA:

PERCEPÇÕES E SIGNIFICAÇÕES.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para a
finalização do Curso de Especialização em
Humanização no trabalho para equipes de
saúde, pelo Centro Universitário de
Araraquara – Uniara.

**Orientador(a): IRIS TERESA
LAFUENTE AVILA**

ARARAQUARA – SP

2014

DECLARAÇÃO

Eu, **Joelma Melice Gonçalves**, declaro ser o(a) autor(a) do texto apresentado Trabalho de Conclusão de Curso, no programa de pós-graduação lato sensu em **(Humanização no trabalho para equipes de saúde)** com o título “ **(A Equipe de saúde e assistência humanizada: percepções e significações)**”.

Afirmo, também, ter seguido as normas do ABNT referentes às citações textuais que utilizei e das quais eu não sou o(a) autor(a), dessa forma, creditando a autoria a seus verdadeiros autores.

Através dessa declaração dou ciência de minha responsabilidade sobre o texto apresentado e assumo qualquer responsabilidade por eventuais problemas legais, no tocante aos direitos autorais e originalidade do texto.

Araraquara, ____ de _____ de _____.

Assinatura do autor(a)

JOELMA MELICE GONÇALVES

A EQUIPE DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA:

PERCEPÇÕES E SIGNIFICAÇÕES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para a
finalização do Curso de Especialização em
Humanização no trabalho para equipes de
saúde, pelo Centro Universitário de
Araraquara – Uniara.

**Orientador(a): IRIS TERESA
LAFUENTE AVILA**

Data da defesa/entrega: ____/____/____

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Nome e título

Membro Titular: Nome e título

Membro Titular: Nome e título
Universidade.

Média_____

Data: ____/____/____

Centro Universitário de Araraquara
Araraquara- SP

Dedico a realização deste trabalho a todos os profissionais de saúde, comprometidos com a realização de um trabalho mais significativo e mais humano a seus pacientes.

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram, direta e indiretamente, para a construção e elaboração deste trabalho.

E o que o ser humano mais aspira é tornar-se ser humano.

Clarice Lispector

RESUMO

A humanização das práticas em saúde somente se consolidam a observância da sedimentação das cinco bases descritas na Política Nacional de Humanização, o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a garantia dos direitos dos pacientes e a valorização dos profissionais de saúde. Lembrando que a valorização do profissional de saúde constitui-se em um dos pontos primordiais, visto ser impossível oferecer um atendimento humanizado em uma instituição não humanizada.

Palavras-chave: Humanização, Equipe de saúde, Valorização profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

http Hype Text Tranfer Protocol.

PNH **Política Nacional de Humanização**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO - Objetivo Geral e Metodologia	01
1. Capítulo 1 - Equipes de saúde	5
2. Capítulo 2 - A humanização em saúde, sua história, evolução e expectativas	8
3. Capítulo 3 – A Equipe de saúde e assistência humanizada.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

Introdução

A ação de humanizar os serviços é utilizada de uma forma muito abrangente nos dias atuais. Muito se fala sobre as novas maneiras de se lidar com o público, tornando o serviço prestado mais voltado para o lado humano, subjetivo, envolvendo aspectos inter-relacionais, a escuta, a comunicação, o trato, o acolhimento, uma visão mais ampla dos sujeitos envolvidos, de suas culturas, de seus direitos e de suas obrigações.

No campo da saúde a sua importância se destaca, vistos os significativos resultados oriundos de experiências e iniciativas de equipes de saúde, que podem ser visualizados em algumas cartilhas da Política Nacional de Humanização e em estudos científicos. Contudo, as profissões ligadas à saúde percorreram um grande caminho até chegar a esse paradigma da humanização como um fator de grande importância, é ainda existe muito a caminhar.

Com o intuito de normatizar, direcionando as ações dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde publica um material de apoio, composto por diversas cartilhas, intitulado Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, a ser utilizado por todos como parâmetros para práticas humanizadas na saúde, tendo como eixo principal a definição de humanização:

“No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política. Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, política porque se refere a organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos do usuário e da participação coletiva no processo de gestão.” (MINISTERIO DA SAUDE; 2006; pag.13)

Desta forma, entendemos um atendimento humanizado o trabalho centrado na qualidade clínica e que também enfoque, como relevante, a qualidade comportamental

do profissional, levando-se em consideração aspectos subjetivos e complexos do paciente, tornando-se necessário envolver toda a equipe multiprofissional da instituição, da portaria a enfermaria.

Para isso, o governo juntamente com o Ministério da Saúde percorreu um caminho traçado por diversos artigos, cartilhas e estudos como relata Benevides:

“Vale destacar que entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o que também ali ia se definindo como campo da humanização contornado pelo debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário. Apenas para citar alguns, destacamos a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. Ainda que a palavra humanização não apareça em todos os Programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, podemos acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário.” (BENEVIDES; 2009; pag. 389 e 390)

Contudo, apesar das evidências da eficácia de práticas humanizadas na saúde como um instrumento auxiliador de melhoras clínicas significativas, esta ainda encontra-se em construção, necessitando de bases mais firmes, fixadas em eixos como estudos científicos, mudança no paradigma do atendimento clínico hoje vivenciado no Brasil, reconhecimento dos direitos e da subjetividade do paciente, e valorização do profissional de saúde.

Destacando-se esta última questão, a valorização do profissional de saúde perpassa por aspectos que relatam, além de melhorias salariais, melhorias nas condições de trabalho, na carga horária, de forma que o profissional sinta-se também humanizado ao trabalhar na instituição. Como se refere Simões:

“...falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirada e impedida a humanidade

destes trabalhadores, com sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de trabalho, dificuldade da conciliação de vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional, pode soar irônico.” (SIMOES; 2007; pag. 440).

Desta forma, o presente estudo busca analisar, com base em uma revisão literária, as percepções e os significados dos profissionais de saúde do SUS, que mesmo com uma formação centrada na importância da humanização, frente a uma realidade desfavorável a suas práticas, como péssimas condições de trabalho e baixas remunerações, tem como repassar uma humanização não recebida. Para isso, no primeiro capítulo abordaremos a equipe de saúde, sua formação, composição, interesses e realidades, no segundo abordaremos a humanização em saúde, sua história, evolução e expectativas e por fim falaremos sobre a equipe de saúde e assistência humanizada, enfatizando suas experiências atuais e seus desafios.

Objetivo Geral

Discutir a relevância da equipe de saúde e o tipo de assistência, levantando as percepções e significações da assistência humanizada, a partir de uma revisão bibliográfica.

Metodologia

Será realizada uma pesquisa em artigos científicos realizados no Brasil, envolvidos com a humanização dos atendimentos clínicos no SUS, de forma a pensar nas percepções e significados desta prática para os profissionais de saúde, utilizando como parâmetros as seguintes palavras-chave: equipe, saúde, SUS, humanização, valorização profissional.

Procedimentos da Coleta de Dados

Os trabalhos científicos que serviram de base para este estudo foram selecionados segundo os seguintes procedimentos:

- Pesquisa na base de dados on-line da SCIELO, LILACS e BIREME;
- Restrição da publicação do estudo entre 2004 a 2014;
- Utilização das palavras chaves: equipe, saúde, SUS, humanização, valorização profissional;
- Considerados apenas estudos realizados no Brasil, envolvidos com o SUS.

Sendo desconsiderado, desta forma, todos os estudos que não se enquadraram nestes pré-requisitos.

Procedimentos da análise de Dados

Buscando visualizar todo o leque de artigos científicos publicados sobre este tema, a pesquisa on-line, na base de dados da SCIELO, LILACS e BIREME, foi realizada da seguinte forma:

- Primeiramente serão pesquisadas as palavras chaves individualizadas: equipe, saúde, SUS, humanização, valorização profissional;
- Posteriormente, serão pesquisadas as palavras chaves de forma cruzadas: equipe e saúde; equipe e SUS; equipe e humanização; equipe e valorização profissional; saúde e SUS; saúde e humanização; saúde e valorização profissional; SUS e humanização; SUS e valorização profissional; humanização e valorização profissional.
- Por fim, serão pesquisadas todas as palavras chaves juntas.

Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa exploratória descritiva por meio de levantamento de dados e revisão da literatura.

Capítulo 1

Equipes de saúde

O Conselho Nacional de Saúde reconhece quatorze profissões de nível superior, ligadas à área da saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, tendo cada uma destas profissões um leque de especializações direcionado aos profissionais para atuações especializadas porém restritas. E várias profissões de nível médio, como: Técnico de Enfermagem, Técnico de Radiologia, Técnico de Laboratório, Técnico em Higiene Oral e outras.

Essa realidade mostra o cenário das profissões cada vez mais especializadas e direcionadas para um segmento de estudo, de forma que um atendimento eficaz e eficiente talvez possa ter que acumular os pareceres de diversos especialistas. Sendo, deste modo, de grande importância a formação de equipes multiprofissionais em saúde.

É, para que surja a Equipe de Saúde, faz-se necessário que todos estes profissionais trabalhem em conjunto, desenvolvendo metas, objetivos e perspectivas em comum, ou seja, formando uma equipe que possa ir além do caráter multiprofissional, passando pela interdisciplinaridade, que consiste na inter-relação, no diálogo produtivo entre as especialidades e profissões, para enfim termos uma equipe transdisciplinar, que busca conhecimentos além das especialidades, que constrói conjuntamente um novo conceito, novos saberes, tendo como características o trabalho homogêneo, democrático, agregado e cooperativo.

Contudo, essa equipe transdisciplinar necessita de um trabalho intenso progressivo, no sentido de mudar paradigmas e redirecionar os profissionais para a importância de uma articulação, uma inter-relação, uma co-construção de saberes, indo desde a formação profissional individual, para atingir os grupos e as instituições. Como se refere Galván:

"É a equipe de saúde que funciona com um ambiente facilitados em prol da saúde e do desenvolvimento do indivíduo em tratamento; é a instituição ou as instituições, considerando desde os responsáveis pela formação dos profissionais, até as assistenciais, que podem funcionar como este ambiente facilitador, para o desenvolvimento e amadurecimento das equipes, como uma rede interligada onde circulam tanto as dificuldades próprias do ser humano, como as possibilidades e condições necessárias para transpor as entranças e alcançar os objetivos propostos." (GALVÁN; 2007; pag. 06)

Dentro deste contexto, as instituições do SUS atendem diariamente milhares pacientes portadores de diferentes enfermidades, e que necessitam de atendimentos especializados, diversificado, direcionado a promoção de sua saúde e bem estar, e se beneficiariam significativamente de equipes transdisciplinar, visto a poderem assistir melhor seus usuários, uma vez que disponibilizam vários conhecimentos, bem como, da terem a possibilidade de construir, conjuntamente, respostas ao tratamento adequado e satisfatório.

Entretanto, existem necessidades primordiais para que esse trabalho possa responder adequadamente a esta demanda. A interface do trabalho dos profissionais, que se relaciona com a competência de cada profissional frente ao trabalho a ser executado, bem com as maneiras de interação entre as diversas especialidades e profissões, e a autonomia dos profissionais, que está relacionada à liberdade de atuação de cada profissional envolvido no caso, exigindo destes: respeito, cooperação, empatia, diálogo e estudos de casos periódicos; correspondem como algumas dessas necessidades.

Outro fator, que pode interferir na atuação das equipes de saúde, proporcionando desinteresse, apatia, falta de motivação e cooperação, diz respeito às condições de trabalho encontradas nas instituições, relacionadas a estrutura física e a falta de equipamentos de grande importância para a promoção da saúde, bem como, as dificuldades encontradas para a formação de uma equipe multiprofissional completa, a falta de uma gestão competente e comprometida com o trabalho em saúde, e a consolidação de políticas públicas de promoção e valorização profissional, ligadas a melhores condições de trabalho, carga horária e salários.

Capítulo 2:

A humanização em saúde, sua historia, evolução e expectativas.

O tema humanização em saúde vem sendo bastante utilizado nos estudos acadêmicos, cursos de extensões e aprimoramento, bem como, nas discursões sobre as praticas em saúde. Em nossa historia podemos observar a utilização deste tema em vários momentos.

A compreensão do processo de saúde e doença é ponto de discussões e questionamentos desde a antiguidade. Seus significantes e significados sofreram modificações históricas e contraditórias, seguindo a vertente das filosofias e dos pesquisadores vigentes. O fator mais notável na historia da medicina e dos estudos em saúde encontra-se no retorno de ideias, na volta de questionamentos, vícios e paradigmas centrados na humanização dos atendimentos, que pode ser visualizada e compreendida quando focamos três grandes momentos históricos: período marcado pela tradição Hipocratica; Modelo Biomédico; e momento atual.

O primeiro período é marcado pelas ideias de Hipócrates, médico grego tido como pai da medicina, que afastou as pratica em saúde de conceitos pagãos, envolvidos com religiosidades, para o vícios centrado nas causas naturais. De forma que as doenças eram relacionadas com o ambiente e seus elementos, pontuando ainda a necessidade de um equilíbrio entre o ser e o ambiente para que se possa ter saúde e a importância da relação médico paciente, trazendo a visão de que uma boa relação entre estes personagens poderia contribuir para a evolução clinica do paciente, construindo o paradigma holístico em saúde e as praticas humanitárias em saúde.

O modelo Biomédico veio a interromper esses pensamentos e apresentar a ideia de funcionalidade organicista do homem, o modelo mecânico. Este modelo trouxe varias contribuições no que se refere ao entendimento fisiológico do corpo humano e as particularidades de cada órgão, tornando o médico um profissional altamente especializado em partes diferenciadas do corpo humano. Contudo, prejudicou significativamente a relação medico do paciente, pois para este modelo não havia a

necessidade de uma conversa, uma escuta, o problema centrava-se na necessidade de encontrar a peça/órgão que não estava funcionando bem e “concerta-lo”.

No momento atual, visualizamos críticas fortes em relação às formações médicas cartesianas e a volta de questionamentos centrados nas ideias de Hipócrates, relacionados à humanização, como uma forma de complementar e aprimorar os serviços de saúde.

Entretanto, a discussão sobre o significado da humanização em saúde ganhou real força com a Declaração de Alma-Atá (7), redigida em 1978 na URSS, que traz como principal objetivo a expressão da “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”(7). Anos após, em 1986, realizou-se no Canadá a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, momento em que foi escrita a Carta de Ottawa(6), com o objetivo de levantar os questionamentos sobre os possíveis avanços da Declaração de Alma-Atá referente aos cuidados Primários de Saúde, contribuindo assim para que esses cuidados primários cheguem a todos os cidadãos do mundo no ano de 2.000 e anos subsequentes.

Ambos os documentos nomeiam o campo da saúde como de grande importância para o desenvolvimento global e enfatizam a necessidade de se alcançar níveis aceitáveis de saúde primária para todos os povos do mundo, trazendo similaridades marcantes no que tange as seguintes necessidades: envolvimento de outros setores públicos, como o social e o econômico; a redução das desigualdades sociais; as melhorias no saneamento básico; a promoção de políticas públicas para o setor; a ênfase na co-construção entre sociedade e governo; e principalmente no apelo a todos os governos em compactuar para este fim.

No cenário Brasileiro, a humanização dos serviços de saúde foi implementada com a publicação da Política Nacional de Humanização, que consiste em normas que buscam humanizar o atendimento clínico hospitalar nas instituições do SUS. Sua importância vem desde a proclamação da constituição de 1990, na qual a saúde é vista como “direito de todos e dever do estado”(3).

Para esta Política, o conceito de humanização na saúde perpassa por aspectos inerentes ao respeito, a solidariedade e a autonomia, centrados no saber que a valorização das profissões e dos profissionais envolvidas na promoção da saúde, e o desenvolvimento de relações interpessoais do trabalho significativas, são de grande importância para o bom prognóstico.

As bases, inerentes a esta Política, estão sedimentadas em cinco diretrizes, que atuam de forma integrada e simultânea. O acolhimento, comprometido com a criação de um ambiente que permita mais que o início do atendimento clínico, mas em trocas interpessoais significativas; a gestão democrática, que diz respeito a compartilhar decisões e responsabilidades dentro da gestão hospitalar, descentralizando o poder, e criando um ambiente de co-construção; a clínica ampliada, relacionada a uma visão interdisciplinar e holística do paciente; a valorização do trabalho, centrada em questões de melhorias salariais, no ambiente de trabalho e melhores condições de trabalho; e por fim, na garantia dos direitos do paciente frente ao seu tratamento.

Dentro deste contexto, vários programas que buscam disseminar a importância de se humanizar a saúde, descrevendo seus conceitos e suas práticas diferenciadas, foram se desenvolvendo, e sendo inseridas em contextos de aprendizagem, universidades e cursos de extensão em saúde, bem como em ambientes hospitalares.

Contudo, apesar da Política Nacional de Humanização já ter completando mais de uma década de sua publicação e inserção nas práticas de saúde, dentro do Sistema Único de Saúde Brasileiro, ainda pode-se visualizar muitas lacunas entre a teoria e a prática. A sua real implementação depende de ações de gestão pública, desenvolvendo políticas envolvidas com os trabalhos de todos os profissionais ligados a saúde, bem como seus usuários, tais como programas de estudos continuados, cursos de aperfeiçoamento, campanhas de orientação e apoio, estudos de caso multiprofissionais, e outros.

Capítulo 3:

Equipe de saúde e assistência humanizada.

O desafio de se formar uma equipe de saúde comprometida com práticas humanizadas, centra-se nos cinco pilares inerentes à Política Nacional de Humanização, citadas no capítulo anterior, o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a garantia dos direitos dos pacientes e a valorização dos profissionais de saúde.

O primeiro pilar de suspensão está relacionado ao acolhimento. Este reflete não apenas o início do atendimento, momento quando o paciente chega e recebe os primeiros cuidados ou orientações, mas também todo o seu desenvolvimento. Ou seja, o acolhimento é acima de tudo um ato de amor e empatia com o próximo, uma ação que exige dos profissionais habilidades interpessoais envolvidas com todos os sentidos, uma escuta atenciosa e compreensiva; a empatia, saber colocar-se no lugar do outro; não julgar ou levantar preconceitos referentes à história de vida do paciente; ser paciente, desenvolver um diálogo claro que possa sanar as dúvidas e as angústias do paciente; respeitar as diferenças étnicas, culturais e ideológicas; e aceitar o outro com suas peculiaridades. Características de quem está para atender, ajudar e compreender o outro.

A gestão democrática nos serviços de saúde, segundo pilar, traduz em um trabalho orientado em uma visão horizontal, no qual a participação de todos os integrantes da Equipe de seja imprescindível. O desenvolvimento de trabalhos que envolva todos os profissionais, bem como seus usuários, tais como programas de estudos continuados, cursos de aperfeiçoamento, campanhas de orientação e apoio, estudos de caso multiprofissionais, também se configuram em importantes ações a serem tomadas em uma gestão democrática.

Os cursos de aperfeiçoamento e estudos continuados, envolvidos com a humanização dos serviços médicos, devem ser direcionados a todos os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos, atendentes e pessoal de apoio, oferecendo a estes um leque de ideias e novas formas de se atuar nas práticas em saúde, formando bases e argumentos consolidados para que se ocorra à mudança do paradigma centrado na prática clínica, para outro que tenha como um dos eixos principais a humanização.

As campanhas de orientação e apoio seriam direcionadas aos usuários, buscando levar informações sobre a humanização dos serviços de saúde, e de como o usuário do sistema pode contribuir para sua implementação, seus direitos e deveres frente ao atendimento médico. Esta seria composta por cartilhas, panfletos, cartazes e propagandas publicas, bem como, questionários objetivos e abertos, nos quais os usuários poderiam opinar sobre os serviços utilizados e dar sugestões de melhorias.

Por fim, o gestor poderia organizar reuniões com a equipe de saúde com a finalidade de buscar alternativas de viabilizar a PNH, buscando respostas, contribuições, ideias que tornasse o atendimento melhor, centrado no paradigma da humanização. Desta forma, o gestor poderia atingir todas as pessoas envolvidas com os serviços de saúde, tendo uma maior chance de real implementação da PNH em seus serviços.

O terceiro pilar de sustentação de uma equipe humanizada esta relacionada a clinica ampliada, diz respeito aos conhecimentos abordados no primeiro capitulo, referentes ao desenvolvimento de equipes transdisciplinar em saúde, envolvidas com a construção de diagnósticos e prognósticos segundo o paradigma holístico, no qual o paciente é visto em sua totalidade, integrado, e seus sinais e sintomas são correlacionados ao funcionamento geral de seu organismo, não mais fragmentado, dicotomizado em especialidades.

A garantia dos direitos dos pacientes, visto como quarto pilar, esta diretamente ligada a disponibilizar, ao usuário do SUS, uma assistência médica eficiente e eficaz, que respeite todos os direitos do individuo enquanto paciente. Podendo ainda discorrer sobre a importância de se fornecer, ao paciente, todas informações inerentes ao seu processo de saúde e doença, oferecendo a este uma total autonomia de seu tratamento, dentre as vertentes visualizadas pelos profissionais envolvidos em seu tratamento.

O ultimo pilar, está correlacionado com os profissionais de saúde, falando sobre a necessidade de se colocar o profissional dentro do quadro da Política Nacional de Humanização, de forma que para se ter uma real implementação destes serviços, o profissional também deve sentir-se humanizado.

A construção de um ambiente profissional satisfatório e humanizado, que respeite as individualidades, as profissões e possibilite a autonomia e a participação de

seus profissionais na tomada de decisões, proporcionando sensação de pertencimento e prazer no trabalho, questões também discutidas no segmento referente à gestão democrática; bem como, a consolidação de políticas públicas que possam melhorar as condições de trabalho, como melhorias estruturais, salariais e de carga horária, são de grande importância para a implementação da Política Nacional de Humanização. Como sugere Backes:

“...consideramos que a humanização do ambiente hospitalar e da assistência a saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade.” (BACKES; 2006; pag. 222)

Assim, ambientes hospitalares que procuram apenas inserir os conteúdos da PNH como uma imposição, não dialogando com seus profissionais sobre as reais possibilidades de sua implementação, pode ocasionar na formação de um clima de resistência por parte de alguns profissionais em aderir ao programa de humanização, por não sentirem também humanizados.

De forma que a consolidação de práticas humanizadas nos serviços médicos, bem como as melhorias na qualidade do atendimento, estão diretamente ligadas a formação de uma equipe de saúde comprometida com o trabalho, autônoma e que se sinta valorizada enquanto profissionais desta instituição, como relata Garcia:

“...a qualidade da assistência prestada aos pacientes esta diretamente relacionada com a qualidade de vida no trabalho dos membros da equipe, quer seja de ordem biológica, social ou psíquica, em especial, a qualidade de ordem emocional. É incoerente preocupar-se com a satisfação dos usuários e não se preocupar com o determinante maior da qualidade da assistência: o trabalhador...” (GARCIA, 2012; pag. 03)

Com isso, podemos observar que o início da inserção da PNH em uma instituição de saúde, está justamente no trabalho realizado com os profissionais da instituição, até mesmo antes disso, na formação acadêmica destes, um trabalho que vai além da inserção de conteúdos de caráter humanistas, ou de cursos de extensão ou aperfeiçoamento, mas que abarque também a construção de ideais sociais e políticos da importância de se valorar seus profissionais, buscando dar a estes pré requisitos necessários do bem cuidar, sendo antes, cuidados, valorizados, humanizados, para que possam, redistribuir uma humanidade recebida.

Considerações Finais

A Política Nacional de Humanização traz conhecimentos de significativa importância, proporcionando reais melhorias no atendimento clínico dos usuários do SUS, uma vez que a popularização, inserção e aplicação de práticas centradas em conceitos humanizados, estão ligadas a mudanças que elevam a qualidade, tanto no que se refere ao atendimento oferecido aos pacientes, quanto às condições de trabalho encontradas pelos profissionais.

Contudo, devem ser observados itens importantes, como a sedimentação das cinco bases edificadoras da PNH, o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a garantia dos direitos dos pacientes e a valorização dos profissionais de saúde. Lembrando-se que a falta de embasamento de uma destas bases trazem certamente prejuízos, tendo como consequência a incompleta inserção da PNH na instituição de saúde. De forma que somente poderemos referir uma instituição como humanizada, aquela que coloca como itens importantes: a valorização de seus profissionais, a formação de uma equipe de saúde transdisciplinar, preocupada com o atendimento e com a construção de diagnósticos e prognósticos que considerem o paciente com um ser holístico, adotando práticas humanizadas.

Desta forma, a relevância deste trabalho encontra-se justamente na importância dada à valorização profissional como um dos pilares de sustentação da PNH, oferecendo argumentos que enriqueça os diálogos sobre o tema. Entretanto, assim como a PNH ainda encontra-se em uma fase inicial de sua implementação, as discussões sobre este tema também engatinham, e necessitam de muitos estudos e questionamentos, buscando sempre o desenvolvimento de práticas humanizadas em saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo e LUNARDI, Valéria Lerch. **A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2005, vol.14, n.3, pp. 427-434. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300015>.
2. BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D. e LUNARDI, Valéria Lerch. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 221-227. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200010>.
3. BRASIL, Constituição. Constituição da Republica federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
4. BENEVIDES, R. e PASSOS, E. **Humanização na Saúde: um novo modismo.** *Interface – Comunic, Saúde Educ.*, V9 n.17. Março a Agosto 2009. Páginas 389 – 406.
5. CERVALHO, Cristiane A. P; MARSICANA, Juliane A; CARVALHO, Fábio S; SALES-Peres, Arsênio; BASTOS, José Roberto M; SALES-Peres, Sílvia H. C. **Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde / The user's attendance: a Systematic Review on the Brazilian Health Care System (SUS)** *Arq. ciênc. saúde*; 15(2): 93-95, abr.-jun. 2008. Artigo em Português | LILACS | ID: 516801
6. CONFERENCIA INTERNACIONAL. **Carta de Ottawa**, Primeira conferencia Internacional sobre Promoção da saúde. Ottawa, Novembro de 1986.
7. CONFERENCIA INTERNACIONAL. **Declaração de Alma-Ata**, conferencia internacional sobre cuidados primarios de saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
8. CRIXEL, Neusa Regina. **A humanização no cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico** *Porto Alegre; s.n; 2012. 17 p.* Tese em Português | Coleciona SUS (Brasil) | ID: 24112
9. GALVÁN, Gabriela Bruno. **Equipes de Saúde: o desafio da integração disciplinar.** *Revista da SBPH.* Volume 10, número 2. Rio de Janeiro- RJ. Dezembro de 2007.
10. GARCIA, Alessandra Bassalobre; DELLAROZA, Mara Solange Gomes; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço e PACHEMSHY, Luiza Rita. **Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público.** *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2012, vol.33, n.2, pp. 153-159. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200022>.
11. FERNANDES, João Claudio Lara. **A quem interessa a relação médico paciente ?.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1993, vol.9, n.1, pp. 21-27. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000100003>
12. FERREIRA ABH. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 4a ed. Curitiba: Positivo; c2009.
13. JUNGES, J.R., BARBIANI, R., FERNANDES, R.B.P., PRUDENTE, J., SCHAEFER, R., KOLLING, V. – **O discurso dos profissionais sobre a**

- demanda e humanização.** Saude Soc. São Paulo, V21, n3 paginas 686-697. 2012.
14. MINISTERIO DA SAUDE (BR). **Politica Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS** – Material de apoio. 3 Edição, Brasília 2006.
 15. RODRIGUES, Ana Luiza. **Sensibilizando a equipe humanizando o cuidado / Sensibilizing the team humanizing the care** Curitiba; s.n; 2000. 22 p. Tese em Português | LILACS | ID: 285057
 16. SILVA, Livia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde / Welcoming as a tool of inclusive health care practices** *Rev. APS*; 11(1): 74-84, jan.-mar. 2008. Artigo em Português | BDENF - enfermagem (Brasil) | ID: 16133
 17. SIMOES, A.L. DE A., RODRIGUES, F.R., TAVARES, D.M. DOS S., RODRIGUES, L.R. – **Humanização na saúde: enfoque na atenção primaria.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007, jul-set: 16(3): 439-44.
 18. SILVA, F.V., MENEZES, MAIA D.G.A.S. – **Formação profissional e humanização dos serviços de saúde.** Formação n 05, SP maio de 2002.
 19. SOUZA, Kátia Maria Oliveira de e FERREIRA, Suely Deslandes. **Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 471-480. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200024>.
 20. WALDOW, Vera Regina e BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.* vol.24 no.3 São Paulo 2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>